EXPOSÉ

DES

TITRES & TRAVAUX

SCIENTIFIQUES

DU

Dr A. CHARRIER



BORDEAUX

IMPRIMERIE A. BARÈS

18, Rue de la Cour-des-Aides, 18

1913

TITRES MILITAIRES.

Mobilisé le 4 Aout 1914, jusqu'au 31 Juillet 1919.

Séjour au front.- 40 mois.

Médecin aide-major de 1ère classe, puis Médecin-major de 2ème classe á l'ambulance 13/18.

Chirurgien consultant | VADELAINCOURT (Pendant toute la période
s centres hospitaliers | VERDUN des bombardements.)

2 citations.

de la Forestière (Argonne)
de VILLERS DAUCOURT
de VADELAINCOURT
de BEVAUX-BEAULIEU
de CREIL CHANTILLY

Chirurgien chef de secteur de la Dordogne — PERIGUEUX, 11 mois.

PUBLICATIONS DE GUERRE.

la société de chirurgie, au journal de médecine de Bordeaux.

MEMOIRE A L'ACADEMIE DE MEDECINE : P R I X O R F I L A
(Tétanos et blessés de guerre)

ECORATIONS : DEUX CITATIONS, Croix de guerre.
(Service de Santé.)

TITRES MILITAIRES.

---

ilisé le 4 Aout 1914,jusqu'au 31 Juillet 1919.

ur au front.- 40 mois.

cin aide-major de 1ère classe,puis Médecin-major de 2ème

à l'ambulance 13/18.

urgien consultant | VADELAINCOURT (Pendant toute la pé

entres hospitaliers | VERDUN des bombardements.)

2 citations.

de la Forestière (Argonne)

de VILLERS DAUCOURT

de VADELAINCOURT

de BEVAUX-BEAULIEU

de CREIL CHANTILLY

urgien chef de
ecteur de la
Dordogne PERIGUEUX,11 mois.

PUBLICATIONS DE GUERRE.

Société de chirurgie,au journal de médecine de Bordeaux.

RE A L'ACADEMIE DE MEDECINE : P R I X O R F I L A

enos et blessés de guerre)

ATIONS : DEUX CITATIONS,Croix de guerre.

(Service de Santé.)

TITRES SCIENTIFIQUES

TITRES UNIVERSITAIRES

Préparateur adjoint d'Anatomie pathologique (1908).
Préparateur titulaire d'Anatomie pathologique (1909).
Docteur en médecine (1905).
Chef de clinique chirurgicale (concours 1906)

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux (concours 1900).
Interne provisoire (concours 1901).
Interne titulaire (concours 1902).
Chirurgien des Hôpitaux (1er au concours de 1910).
Membres de la société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.

PRIX et RÉCOMPENSES UNIVERSITAIRES et HOSPITALIÈRES

LAURÉAT de la FACULTÉ

Concours 1910, 1er Prix Médaille d'Argent
Concours 1902-1903, 1er Prix de la Ville de Bordeaux.
Prix Godard des Thèses, Médaille de Bronze.
1er Prix de la Société des Amis de l'Université.

LAURÉAT des HOPITAUX

Médaille d'Argent (1900).
Médaille d'Argent (1901).
Médaille d'Argent (1903-1904).
Prix de l'Administration (1906).
Prix de l'Internat **Médaille d'Or** (1905).

ENSEIGNEMENT

Conférences d'Internat (En collaboration avec le Docteur Denis médecin des Hôpitaux (de 1904 à 1909).
Travaux pratiques d'Anatomie pathologique (1908-09-10-11).
Suppléance de l'Hôpital des Enfants (1910).
Suppléance de l'Hôpital Saint-André (1911-12-13).
Collaborateur du Journal de Médecine.

TRAVAUX INSPIRÉS

Thèse de Marx, Bordeaux (1909).
Thèse de Caralp, Bordeaux (1910).
Thèse de Lapeyronnie, Bordeaux (1909).
Thèse de Dussac, Bordeaux (1909).
Thèse de Germain, Bordeaux (1910).

Index des Travaux scientifiques

Membres

Traitement des grande traumatiemes dee memhres. *Thèse Bordeaux* (1905-1906)

Osteome du hrachial antérieur *Société anatomo-clinique Bordeaux* (28 janvier 1911)

Fracture spontanée par ostéomyélite très ancienne. *Société anatoma-clinique de Bordeaux* (4 novembre 1912)

Luxation de la clavicule *Avec le professeur agrége Rocher* (26 janvier 1913) *société d'anatomie de Bordeaux*

Turherculoee ostéo-articulaire et accident de travail *Journal de médecine* (1er octobre 1911)

Luxation récidivante de l'épaule. *Capsolorraphie* In *Thèse de Gaye Bordeaux* (1910-1911)

Résultate éloignés du traitement des tumeurs hlanches du genou par les injections profondes de chlorure de zinc. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux* (février 1911)

Suh-Luxations récidivantes des cartilages semi-lunaires du genou. *En collaboration avec Rocher. Gazette des hôpitaux de Paris* (février 1913)

Eléphantiasis du membre inférieur gauche. *Société d'anatomie de Bordeaux* (13 avril 1908)

Traitement des ulcéres variqueux par la méthode de Moreschi modifiée. *En collaboration avec Bardon, journal de médecine Bordeaux* (avril 1913)

Ostéo-sarcome de l'humérue. *Avec Lefévre, société d'anatomie* (1906)

La phlébite gauche consécutive à l'appendicectomie à froid. *Journal de médecine de Bordeaux* (6 février 1910)

De l'emploi des plans inclinés dans le traitement de certaines fractures juxta-articulaires. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux avec Couraud* (1910)

Injections de cocaïne dans les fracturss. *Mémoire publié dans la Province médicale* (juillet 1909)

Ostéomyélite typhique. *Avec M. Couraud société d'anatomie* (1910)

Gangréne et diabéte. In *Thèse de Caralp Bordeaux* (1911-1912)

Subluxation dss phalanges de 4 doigts sur les phalangines correspondantes. *Société d'anatomie de Bordeaux* (29 juillet 1907)

Organes génitaux de la femme

Fibrome calcifié de l'utérus et disbéte *Société d'anatomie de Bordeaux* (8 msi 1908)

Fibrome bémorragique de l'utérus et diabéte *Société anatomo-clinique* (10 juillet 1911)

Les incisions paravaginales de Schuchsrt dsns la cure de certaines fistules vésico-vaginales *Province médicale* (23 septembre 1911) *en collaboration avec Mothes*

Imperforation du vagin. Hemstométrie *Société d'anatomie Bordeaux* (10 septembre 1911)

Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un kyste hématique ds l'ovaire *journal de médecine de Bordeaux* (17 octobre 1912)

Revue générale sur les kystes bématiques des ovaires *Gazette des hôpitaux de Paris* (février 1913)

Annexite et sigmoïdite In *Thèse de Castéra Bordeaux (*1910-1911*)*

A propos d'un cas de récidive tardive de cancer du col utérin *en collaboration avec Parcelier Journal de médecine Bordeaux* (30 mars 1913)

Fibrome utérin à pedicule tordu *Société d'anatomie Bordeaux* 6 svril 1908

Fibrome calcifié de l'ovaire *Société d'anatomie Bordeaux* (27 msrs 1905)

Avortement tubo abdominal *Société anatomo-clinique Bordeaux* (avril 1913)

Fibrome pédiculé de l'utérus simulant le fibrome de l'ovaire. *Société anatomo-clinique Bordeaux* (svril 1912)

Pyosalpinx et hydrosalpinx. *Société d'anatomie Bordeaux* (1906)

Traitement des prolapsus génitaux par le procédé du professeur Lanelongue. *Résultats publiés.* In *Thèse Lapeyronnie Bordeaux* (1909).

Cou

Intervention chirurgicale pour un énorme goitre colloïde. *En collaboration avec le Docteur Lacouture.* (*Journal de médecine de Bordeaux* 7 juillet 1912)

Tumeur cervicale. *Société d'anatomie Bordeaux* (5 décembre 1904)

Brachiome. *Société d'anatomie de Bordeaux* (1905)

Tumeur du corps thyroïde. *Journal de médecine Bordeaux* (1905)

Adéno-épitheliome du corps thyroïde. *Société d'anatomie de Bordeaux*

Plsie du cou par un rasoir; ouverture du pharynx. *Avec Charbonnel société d'anatomie* (1908)

Appareil gastro intestinal (annexe)

Ulcération de ls langue. *Société d'anatomie Bordeaux* (28 novembre 1907)

Epitholioma de la lsngue chez un syphilitique. *Société d'anatomie Bordeaux* (1908)

Omentofixation spontsnée *Avec le professeur Mongour, Société d'anatomie* (8 juillet 1908)

Retrécissement tuberculeux de l'intestin grêle. *En collaraboration avec Parcelier Société d'anatomie* (5 février 1912)

Entérite hémorragique. *Avec le Docteur Leuret société d'anatomie* (13 mai 1901)

Appendicite traumatique. *Société d'anatomie Bordeaux* (17 juillet 1911)

Tumeur du mesocolon trsnsverse. *Société d'anatomie Bordeaux* (6 msrs 1907)

Opothérapie inteetinale *Travail expérimental et clinique société d'anatomie Bordeaux* (1903)

Splénectomis pour rupture de la rate. *En collaboration avec Bardon, archives provinciales da chirurgie* (11 novembre 1912)

Abcée du foie *Société d'anatomie Bordeaux* (1906)

Sur un cae de kyetes multiplee du foie. *En collaboration avec le professeur Verger, société d'anatomie* (mai 1910)

Spasme du pharinx d'origine hystérique. *Avec le Docteur Learet, société d'anatomie de Bordeaux* (17 juin 1901)

Appareil uro-génital de l'homme

Un cas de cystocéle étranglée. *Société d'anatomie Bordeaux* (30 novembre 1909)

Etude de la cystooéle étranglée. *Journal de médecine Bordeaux* (28 mars 1909)

Nouveau cas de cystocéle étranglée. *En collaboration avec Charbonnel journal de médecine de Bordeaux* (3 octobre 1909)

Deux cas de néphrectomie pour tuberculose rénale. *Journal de médecine de Bordeaux* (8 et 10 novembre 1910)

Tumeur ombilicale. *Avec le professeur Coyne, société de biologie* (mars 1909)

Opothérapie rénale. *Mémoire, société d'anatomie Bordeaux* (Prix de l'Université 1904)

Ectopie testiculaire double opérée par le procédé de Forgues. *Avec Morin société d'anatomie* (8 septembre 1911)

Dee aboée dans les épididymites blennhorragiquee. *Province médicale* (1[er] janvier 1910)

Thorax

Indications opératoirss dane lse kyetes hydatiques du poumon. *Archives provinciales de chirurgie* (mars 1913)

Analyse critique du livre de Pedro Escudero sur les kystes hydatiques du poumon. *Journal de médecine de Bordeaux* (avril 1913)

Anévrysme de l'aorte. *Société d'anatomie Bordeaux* (1904)

Travaux expérimentaux

Etudes expérimentales sur les sections nerveuses en milieux septique et aseptique. *En collaboration avec Germain. Resultats publiés* In *thèse Germain. Travail du laboratoire du professeur Coyne* (1909-1910)

Divers

Phlegmon ligneux. *Société d'anatomie Bordeaux* (15 juillet 1907)

Angiome de la région mammaire. *Avec le professeur agrégé Rocher Société d'anatomie* (26 janvier 1903)

Fibrosarcome. Hémophilie. *Société d'anatomie Bordeaux* (29 avril 1907)

Analyse critique du livre de Patel. *La chirurgie journalière, Journal de médecine Bordeaux* (avril 1913)

Athérome artériel très avancé ; fémorales presque complétement oblitérées ; pas de troubles circulatoires ni tophiques des membres inférieurs. *Société d'anatomie de Bordeaux* (8 février 1904)

Hémorragie méningée. *Société d'anatomie Bordeaux* (1904)

Luxation et fracture de la sixième vertèbre cervicale. *Avec le Docteur Leuret. Société d'anatomie* (juillet 1901)

ANALYSES

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS

Cou

Branchiomes

Société d'anatomie de Bordeaux (1905)

Cette observation intéresse le chirurgien pour deux motifs :

1° le paquet vasculo-nerveux fut très facile à disséquer, ce qui est rare dans les branchiomes.

2° la récidive fut extraordinairement précoce (20 jours après l'intervention),

Examen anatomo-pathologique du professeur Sabrazès.

Tumeur du Corps Thyroïde

Société d'anatomie (27 février 1903)

Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans qui a vu un petit goître se développer brusquement en 1 mois.

Discussion du diagnostic : Mongour, Villar, etc.

Adéno-éphiliome du Cou Thyroïde

Même malade présentée à la société le 13 mars 1905, opérée avec de grandes difficultés, examen anatomo-pathologique, adéno-épitheliome du corps thyroïde.

Plaie du Cou par un Rasoir

ouverture du pharynx *En collaboration avec Charbonnel*
Société d'anatomie (1908)

Il s'agit d'une tentative de suicide : large plaie à la partie antérieure du cou ; la base de la langue est détachée de l'os hyoïde ; on voit l'épiglotte et le pharynx buccal.

Technique opératoire : sutures à l'aide de fils d'argent allant de la base de la langue à l'os hyoïde. Guérison.

Cette technique va à l'encontre des traités spéciaux qui conseillent de s'abstenir. Cette guérison, peu fréquente dans les circonstances semblables, plaide en faveur de la suture.

Tumeur Cervicale

Avec Latronche, Société d'anatomie (5 décembre 1904)

Tumeur de diagnostic incertain ; branchiome ou cancer du pharynx avec adénopathie cervicale prédominante.

Intervention Chirurgicale pour un énorme Goitre Colloïde

En collaboration avec le docteur Lacouture journal de médecine de Bordeaux

(7 juillet 19'2)

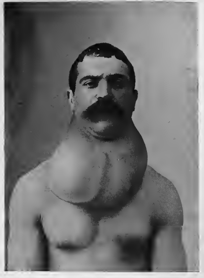


Figure 1

Observation que nous avons tenue a discuter longuement à cause des particularités opératoires auxquelles elle a donné lieu et qui soulévent des discussions techniques de premier ordre; la mort qui a suivi l'intervention nous a permis également de débrouiller parmi les causes possibles d'insuccés en pareil cas celles qui nous paraissent plus directement en cause.

Comme conclusion à ce travail nous écrivons qu'en pareilles circonstances, la meilleure technique serait:

1° Aller droit à la trachée par une isthmotomie ou une section médiane du goître jusqu'à la trachée.

2° Pratiquer la trachéotomie avec canule longue.

3° Extirper en dernier lieu et séparément les deux lobes ainsi détachés.

En somme nous voyons là une indication pour l'isthmotomie.

Appareil gastro-intestinal (et annexes)

Épithélioma de la Langue chez un Syphilitique

Société d'anatomie Bordeaux (1908)

Reprise de la discussion des rapports de la syphilis et du cancer.

Description d'un procédé d'extirpation du cancer de la langue sans suture, les sutures donnant lieu très fréquemment à des plaques sphacéliques étendues. Présentation du malade avec bon résultat.

Omentofixation Spontanée

Avec le professeur Mongour, Société d'anatomie (8 juillet 1901)

Cette observation à la valeur d'une expérience: c'est une omentofixation idéale, que la chirurgie n'aurait pu mieux faire; le malade cependant n'en bénéficia point. C'est une démonstratiou expérimentale en quelques mots de l'impuissance de l'intervention opératoire.

Retrécissement Tuberculeux de l'Intestin Grêle

En collaboration avec Parcelier, Société d'anatomie (5 février 1902)

Nous avons pensé à la tuberculose intestinale sous-muqueuse (la plus rare) mais n'avons pu l'établir avec le microscope.

Entérite Hémorragique

Avec Leuret, Société d'anatomie (13 mai 1901)

Observation détaillée d'un cas d'entérite hémorragique suivie de mort. Autopsie. Cette histoire comparable aux entérites hémorragiques que l'on rencontre fréquemment chez les chevaux de pur sang en particulier. Discussion.

Appendicite Traumatique

Société d'aanatomie Bordeaux (17 juillet 1911)

Opothérapie Intestinale

Travail expérimental et clinique, Société d'anatomie Bordeaux (1903)

Prix de la société des Amis de l'Université.

La Splénectomie pour Rupture de la Rate

Avec Bardon interne des hôpitaux. Memoire In *archives provinciales de chirurgie* (11 mars 1912)

Suivant la phrase d'Hartmann «La splénectomie pour rupture de la rate est en France une rareté chirurgicale ». A propos de cette observation nous avons fait une révision des ruptures de la rate mais avons limité

cette étude **aux ruptures de la rate saine** et discuté surtout les indications capitales de la splénectomie et de la splénorraphie car, comme l'a fait remarquer M. Moty à la Société de Chirurgie de Paris (séance du 25 mai 1910), « chez les malades atteints de splénomégalie paludique, un simple coup de baguette sur l'abdomen, quelquefois une violente contracture musculaire, a suffi pour provoquer la rupture de telles rates » !

De cette façon nous éliminons de notre statistique les observations de Fontoynont (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, Paris 18 janvier 1905) : femme paludéenne, de Le Dentu et Mouchet (Bulletin de l'Académie de Médecine, 16 juin 1903 (: adhérences nombreuses rattachant la rate à la coupole diaphragmatique ; de Lemoine et Lévêque (*Bull. de Société anatomique*, juillet 1901); rate trop hypertrophiée- de Morestin (*Congrès de Chirurgie*, 1901) ; cirrhose alcoolique du foie; de Sourdille et Lanove (*Gaz. médicale de Nantes*, janvier 1907); rate très volumineuse. — De plus les observations de Michel (*Revue médicale de l'Est*, 1904) de Paris (*Société anatomique de Paris*, 1910) ne peuvent faire nombre : l'une concernant un malade présentant des lésions de la rate, du foie, des poumons, des reins ; l'autre, un jeune homme ayant une déchirure de la rate et fracture du rocher.



Figure 2



Figure 3

Après avoir discuté les particularités de notre observation clinique, nous sommes arrivés à la critique des traitements proposés. Tout d'abord la **nécessité d'une intervention** primitive précoce est établie ; puis, ayant étudié les applications possibles du **tamponnement** et **de la ligature du pédicule splénique**, nous avons abordé le parallèle entre la splennorraphie et la splénectomie.

Intéressante est la *Splénorraphie :* opération idéale pour plaies de la rate de peu d'étendue, régulières, permettant un rapprochement facile de la capsule splénique. En cas de déchirure, elle pourra parfois aussi être pratiquée, mais assez rarement : ceci parce qu'on s'adresse à des malades violemment traumatisés, malades à qui l'on doit faire subir une intervention rapide. Si l'on dispose de temps, on peut transformer la déchirure en plaie par une section des bords au bistouri, faire une splénectomie partielle sous-capsulaire et réunir les bords de cette nouvelle plaie : l'organe est ainsi conservé. Cependant, aussi séduisante que soit la splénorraphie avec ou sous splénectomie partielle, elle doit le plus souvent faire place, dans les déchirures importantes de la rate, seule question qui nous intéresse, à la Splénectomie totale. Dalla

Vedova, dans un mémoire (Considération sur la rupture traumatique de la rate ; *Bulletin de l'Académie de Médecine de Rome*, 1911, fasc. 8), n'hésiste pas à conseiller la splénectomie comme traitement de choix, les interventions conservatrices, suture, tamponnement, splénectomie partielle, n'étant applicables qu'à des cas tout à fait particuliers et bénins. Précédemment, M. Auvray (*Soc. de Chirurgie*, Paris. 1908), faisant un rapport sur trois observations extrèmement intéressantes de M. Guibé (3 cas de plaie de la rate par balle), constate que, si pour le rein la suture est la règle, au contraire pour la rate ce n'est qu'un traitement d'exception.

La splénorraphie paraît donc théoriquement le traitement idéal ; peut-être par des interventions plus précoces pourra-t-elle être pratiquée plus souvent. Actuellement le traitement de choix est la *Splénectomie*. Sur 26 splénectomies, nous trouvons 11 insuccès; 7 dus probablement au shock traumatique ou opératoire ; 3 à une péritonite secondaire ; 1 à une hémorragie de la veine splénique : soit un total de 42 %. Dans des circonstances analogues, la splénorraphie n'aurait certes pas amélioré la statistique. De plus, malgré l'importance de la fonction splénique, il est bien établi sur des expériences physiologiques nombreuses que la suppléance organique s'effectue rapidement, laissant seulement le sujet splénectomisé un peu moins résistant aux infections.

Quelle voie suivre pour pratiquer la splénectomie ?

La laparotomie médiane, suivie d'incision transversale, nous paraît la meilleure, Quand on intervient pour ces violents traumatismes abdominaux, on ne sait exactement quelles lésions seront rencontrées; une exploration de la cavité péritonéale et des organes y contenus est nécessaire. A l'incision transversale pourra être ajoutée la simple section à travers les cartilages costaux préconisée par Savariaud sous le nom de laparotomie transchondro-costale. Cependant cette thoracotomie complémentaire considérée par Auvray comme voie d'exception (Soc. de Chirurgie de Paris, mai 1910), nous paraît aussi le plus souvent inutile.

Une rate non malade antérieurement, non adhérente, sera assez facilement abordée par une large ouverture de laparotomie médiane avec incision transversale suffisamment étendue.

La conclusion générale de ce travail est la suivante :

La splénorraphie est le traitement idéal pour guérir les plaies de la rate ; *elle répare l'organe et ne le supprime pas.* — Pratiquement, dans les déchirures importantes et réellement sérieuses de la rate, que nous mettons ici complètement à part, *la splénectomie est le traitement de choix* susceptible de donner des guérisons inespérées. Suit la liste et la statisque des observations françaises de rupture de la rate.

Abcès du Foie

Société d'anatomie Bordeaux (1904)

Pièce présentée et observation intéressante par la latence de l'abcès.

Sur un cas de Kystes multiples du Foie

En collaboration avec le Professeur agrégé Verger, Société d'anatomie de Bordeaux (mai 1910)

Il s'agit d'un foie énorme bourré de kystes dont les plus gros ont le volume d'un petit œuf de poule et les plus petits (qui sont les plus nombreux) sont de la grosseur d'une tête d'épingle noire.

L'examen permet de constater qu'il ne s'agit point de kystes hydatiques ; des coupes anatomopathologiques sont pratiquées dans le laboratoire du professeur Coyne, qui croit pouvoir affirmer qu'il s'agit de kystes développés dans les espaces portes aux dépens des canaux biliaires probablement et formant une sorte de maladie kystique du foie.

Ce cas est rare et dans la littérature à peine mentionné.

Spasme du Pharynx d'origine Hystérique

Avec le Docteur Leuret, Société d'anatomie Bordeaux (17 juin 1901)

Tumeur du Mesocolon transverse

Société d'anatomie avec Desqueyroux, (6 mai 1907)

Point de départ et nature de la tumeur incertaine.

Ulcération de la Langue

Société d'anatomie (28 novembre 1907)

Ulcération probablement néoplasique ayant évolué sur une première ulcération tuberculeuse, ce qui est rare.

Thorax

Indications opératoires dans les Kystes hydatiques du Poumon

Mémoire publié dans les Archives provinciales de Chirurgie (2 février 1913)

Ce travail que nous analysons et résumons brièvement ici contient 15 observations nouvelles sur la question toujours d'actualité des kystes hydatiques du poumon. Ce nombre qui est le plus élevé que l'on rencontre, dans les mémoires originaux qui traitent la question, lui assure seul un gros intérêt.

Tout d'abord nous avons heurté de front la notion si courante et contenue dans tous les livres classiques modernes à savoir que « tous les kystes hydatiques du poumon dépandent uniquement du traitement chirurgical ».

Disons tout de suite que, pour l'édification de cette étude, nous avons confronté le résultat de nos réflexions avec les publications récentes qui ont traité la question; nous voulons parler entre autres de la thèse si consciencieuse de Guimbellot, du livre de Pedro Escudero, des communications de Tuffier, etc... Il nous semble néanmoins qu'aucune ne

semble s'approcher de la vérité autant que celle de Devé (*Normandie médicale.* (16 juillet 1911). - En juin 1912, nous avons fait un voyage spécial dans les Landes pour y recueillir quelques observations d'hydatides du poumon et examiner quelques-uns de ces malades. *guéris par les vomiques curatives.* Notre impression à cet égard fut rapidement établie et nous fumes étonnés du nombre relativement important de ces patients qu'une ou plusieurs expectorations hydatiques avaient délivré de leur maladie. Quelque temps après, le Pr Devé, de Rouen, nous communiquait fort aimablement ses travaux sur la question et surtout l'importante thèse de son élève Lepicard (*La vomique hydatique pulmonaire, sa valeur curative.* (Paris, 1911-12).

Il n'est certainement pas indifférent de revenir sur certains points du traitement et des indications opératoires de l'hydatidose pulmonaire; et, avant de s'engager sur la discussion des méthodes à employer, sur la bénignité ou les complications de l'acte opératoire, les chirurgiens devraient bien être persuadés de ce fait, d'intérêt primordial, à savoir que «*beaucoup de kystes hydatiques du poumon guérissent spontanément par vomique*». C'est là une formule absolument vraie, pas assez classique et sur laquelle la religion des chirurgiens devrait être faite; ceux-là seuls refuseront d'y croire qui n'auront point parcouru et visité les grandes régions hydatifères, comme les Landes. où l'échinoque abonde et où les guérisons spontauées par vomique maintenues depuis 8, 10, 12 ans sont monnaie courante. Pour en donner une idée, dans une seule matinée, à Morcenx, nous avons vu cinq kystes hydatiques du poumon: sur ces cinq cas, trois sont détaillés dans la thèse de Lepicard et pour ce motif nous n'avons pas voulu les reproduire ici ; tous les trois (Observations XIV, XV, XVI de Lepicard, page 127) sont actuellement guéris; nous les avons auscultés et longuement interrogés, il est impossible de retrouver la trace des accidents antérieurs; or, la guérison la moins vieille remonte à 1905, soit 8 ans, la plus ancienne date de 1886, soit 26 ans environ.

A l'appui de cette assertion, nous donnons les résumés des observations (1re série des 10 observations) que notre enquête nous a permis de recueillir et qui, venant confirmer le fait de guérison spontanée par vomique, aidera à convaincre les incrédules.



Figure 4

Faut-il donc conclure, après ces nouveaux faits, qu'il n'y a pas de traitement médical de ces poches parasitaires du poumon? Avons-nous le droit de croire à ces formules, écrites dans des ouvrages classiques: *abandonnés à eux-mêmes, les kystes hydatiques du poumon sont d'une gravité extrême* (Souligoux); *la gravité immédiate et tardive de la prétendue vomique curative est incontestable* (Tuffier); *une thérapeutique médicale, uniquement symptomatique, aboutit à une issue fatale dans plus de deux tiers des cas* (Piquand, *Pratique médico-chirurgicale*).

Non, il y a une grosse part d'exagération; et, pour notre part, nous nous rattachons à l'opinion de Devé et d'un grand nombre de membres

de la Société de Médecine de Bordeaux, qui, dans une importante discussion de novembre 1910, ont fait ressortir la bénignité et la valeur thérapeutique naturelle de certaines vomiques hydatiques.

Il nous serait facile de rééditer ici les nombreux arguments auxquels nous faisons allusion, tous péremptoires, on verra, entre autres, que les statistiques, invoquées en faveur de l'intervention, ne sont pas *interprétées avec impartialité (celles de Heare, Becker, etc.), et que somme toute, la vomique hédatique, abandonnée à une évolution naturelle, serait suivie de guérison dans 80 % des cas (Devé).*

Voici donc le résultat de ces nouvelles recherches : la vomique hydatique guérit donc un grand nombre de cas. Mais que l'on n'aille pas nous faire dire qu'elle est «toujours curative», non, bien loin de là ; et c'est ici que la chirurgie reprend tous ses droits, qu'elle est seule maîtresse de la situation et que la pneumotomie est pour le malade la seule planche de salut. *Quand donc doit intervenir le chirurgien ?*

C'est là que gît toute la difficulté et c'est précisément vers ces indications operatoires que doivent tendre les efforts de tous les chirurgiens. A opérer tous les kystes hydatiques dans toutes les circonstances et dans toutes leurs manifestations, nous risquons de diminuer aux yeux des médecins expectateurs tous les mérites de l'intervention opératoire, très légitime et seule efficace en certains cas. Nous n'avons qu'à gagner à bien préciser le moment chirurgical pour les médecins qui ont déjà, on le sait, trop de tendance en général à nous livrer des malades en mauvais état et incapables de supporter une opération curative.

2° Car, ne l'oublions pas, la vomique guérit, c'est vrai; mais elle tue quelquefois, soit immédiatement, soit dans ses suites éloignées; il faut donc savoir la considérer souvent comme un effort naturel vers la guérison, mais aussi parfois dangereux pour le malade qui la supporte; tant qu'elle est utile on doit la respecter, lorsqu'elle va nuire, il faut intervenir.

Nous rapportons alors quelques observations, celles-là montrant qu'il ne faut pas avoir une foi aveugle dans sa valeur thérapeutique.

Ces observations nouvelles (5 observations) viennent de leur côté contribuer à prouver, non seulement parfois l'insuffisance curative de la vomique hydatique, mais encore ses dangers lorsqu'elle se répète ou qu'elle entraîne des hémoptysies, de la suppuration, et par là même une déchéance de l'état général. Elle peut même être mortelle, nous en rapportons un exemple.

Si donc, cette vomique ne guérit pas toujours par la simple expectation médicale le kyste hydatique du poumon, recherchons dans quelles mesures l'intervention chirurgicale s'impose. Et tout de suite disons quel apport indispensable vient fournir la radiologie dans cette appréciation; car nous ne pensons pas du tout comme certains auteurs que l'examen clinique et l'étude attentive des signes stethoscopiques puissent arriver à la supplanter pour la détermination du siège exact, du volume ou des caractères généraux de configuration de la poche parasitaire. L'étendue, la nature et le degré d'intensité de certains bruits à l'auscultation ne sont certes pas négligeables; on doit les considérer néanmoins comme des signes incomplets, par conséquent insuffisants, pour nous édifier sur tous les points importants utiles pour les indications opératoires. Superposez ces signes aux indications fournies par la radiologie; c'est alors parfait et, encore une fois, quoi qu'on en pense, les rayons X deviendront un instrument qu'on ne saurait trop apprécier !

Il est un point entre autres que l'on peut bien étudier à l'écran, *c'est l'ouverture du kyste dans les bronches*. Ainsi dans l'observation XI, au sujet de laquelle nous avons eu le loisir d'examiner longuement l'intéressé, il nous a été relativement facile de reconnaître un trajet sombre, qui s'échappait du pôle supérieur de la cavité hydatique pour se jeter dans le tube bronchique; or, cette disposition nous montrait très évidemment que cette ouverture, non en déclivité, était particulière-

ment mauvaise pour l'évacuation régulière, constante, du kyste, et par conséquent, sa guérison spontanée; elle constituait presque à elle seule un argument de valeur pour conseiller l'intervention; et, de fait, la clinique vint appuyer cette donnée, puisqu'en interrogeant de près cette malade nous apprenions que c'était bien le soir, quand elle se couchait, qu'elle assurait à la poche la déclivité nécessaire et qu'elle expectorait abondamment. On ne saurait donc, croyons nous, insister trop sur cette nécessité de pratiquer méthodiquement et suivant les règles indiquées par Guimbellot des radioscopies complètes.

Lorsque cette examen a été fait, quels sont les conditions qui doivent nous pousser à l'intervention? Là-dessus nous croyons pouvoir être bref et nous pensons que *de l'état général d'abord peut se tirer la première indication*. Dans la *Normandie Médicale* (15 juillet 1911), Devé écrit ceci : « L'importance des phénomènes généraux » (fièvre, sueurs, amaigrissement), l'étendue des réactions pulmonaires, » l'existence d'hémoptysies plus ou moins répétées, même l'abondance » et la fétidité des vomiques n'interviendront qu'en seconde ligue dans » la décision à prendre; on ne s'alarmera pas outre mesure de la gravité » habituellement passagère de ces symptômes. » Ici nous ne partageons pas tout à fait l'opinion de l'auteur; et c'est, au contraire, à l'appréciation de cet état général qu'il nous faut attribuer la plus haute importance. Que traduisent, en effet, ces symptômes généraux (sueurs, fièvre, amaigrissement), sinon une cavité *en état de rétention purulente*, c'est-à-dire incapable le plus souvent de se rétracter progressivement et de guérir? Prolongez cet état de rétention plusieurs mois, indéfiniment; et vous livrerez au chirurgien un malade sans résistance, sans réaction, et chez lequel la plus légère intervention va produire les plus désastreux résultats, sinon la mort. Alors vous accuserez la chirurgie; vous la jugerez inopportune dans le traitement de ces kystes, alors que, l'opération pratiquée plus tôt dans des conditions morbides meilleures, aurait pu se terminer heureusement.

D'ailleurs Devé lui-même le reconnaît, car, plus loin, il écrit : « Que » si, loin de s'atténuer, les signes cavitaires et les vomiques persistaient » et s'accentuaient, parallèlement à une aggravation de l'état général, » l'intervention chirurgicale reprendrait tous ses droits. »

Si donc, lorsqu'une vomique hydatique se produit, nous avons le droit d'espérer d'elle la guérison définitive de la maladie, nous devons néanmoins la surveiller de très près dans ses répétitions, dans ses hémoptysies, en un mot, dans ses manifestations susceptibles de traduire l'existence d'une *cavité en rétention* ; et quoi de mieux dans cette interprétation que la radiologie et l'étude de l'état général ? — Il est certain que cette intervention pratiquée pour des cavités en retention situées plus ou moins profondément restera toujours délicate, grave, d'un pronostic très réservé ; mais, toutes choses bien pesées, il y aura moins de danger à se rendre à la rencontre du kyste par pneumotomie que de laisser le malade courir les chances d'une expectation décourageante, semée de complications parfois mortelles.

A part ces légères rectifications *nous formulons les conclusions suivantes :*

1° *Le Kyste hydatique cortical parapleural.* qu'il soit ouvert dans les bronches et reconnu uniquement grâce à la vomique, ou bien qu'il soit intact et découvert sans vomique, relève du seul traitement chirurgical, en raison de la proximité de la poche et de la bénignité de l'intervention qui a donné dans ce cas ses meilleurs résultats.

2° *Le Kyste hydatique central para-bronchique* n'est, en général, révélé que par la vomique.

a) Si cette vomique semble amener la rétraction naturelle de la poche confirmée par la radiologie, les signes physiques et l'état général, l'abstention est préférable et amènera souvent la guérison.

b) Que si, bien au contraire, les hémoptysies, les signes « de rétention purulente » entrent en scène et présentent une gravité, abondamment

prouvée par l'étude de l'état général, les examens radiographiques répétés et méthodiques, l'intervention chirurgicale s'imposera, avant que le malade soit parvenu à un état de déchéance qui en aggraverait singulièrement le pronostic. Il y a là, pour le poumon, comme pour le rein en pyonéphrose, le cholédoque en obstruction chronique, une indication de chirurgie générale. On doit opérer, tant que le malade est résistant et avant que les organes puissent entrer en déficience de par l'intervention elle-même !

Analyse critique du livre de Pedro Escudero sur les Kystes hydatiques du Poumon

Journal de médecine Bordeaux (avril 1913)

Anévrysme de l'Aorte

Société d'anatomie Bordeaux (1904)

Pièce volumineuse conservée au musée.

Organe génitaux de la Femme

Fibrome calcifié de l'Utérus et Diabète

Société d'anatomie Bordeaux (8 mai 1911)

Diabétique ayant une quantité de sucre importante ; pas de réflexe rotulien (de pronostic habituellement mauvais) ; 2° compression de l'uretère droit. 3° opération et guérison sans accidents.

Fibrome hémorragique de l'Utérus et Diabète

Société anatomo-clinique (10 juillet 1911)

Grandes hémorragies d'origine fibromateuse chez un diabétique. Intervention et guérison ; hysterectomie subtotale,

Les Incisions paravaginales de Schuchardt dans la cure de certaines Fistules vesico-vaginales

Province médicale. En collaboration avec Mothe (23 septembre 1911)

Cette étude montre combien ce procédé nous a été utile dans la cure d'une fistule vesico-vaginale à combler sur la partie antérieure d'un vagin artificiel créé pour hématométrie par imperforation des voies génitales inférieures

Les incisions paravaginales nous semblent tout à fait recommandables toutes les fois qu'il faut voir clair et large dans le vagin : c'est le cas de bien des fistules vésico-vaginales et l'on se rappelle que Sirus le premier changea pour ce motif les résultats de la thérapeutique de cette affection en conseillant au chirurgien de chercher à bien exposer la fistule : les incisions de Schuchardt, que nous avons, les premiérs croyons-uous, appliquées à cette cure, contribueront souvent à procurer du jour, à faciliter lès manœuvres intravaginales, par conséquent à donner des guérisons dès la 1re opération.

Imperforation du Vagin Hematométrie

Société d'anatomie Bordeaux (10 septembre 1911)

Hematométrie ayant donné lieu à de grosses erreurs de diagnostic à cause d'une insuffisance d'examen de la vulve. Intervention par le périnée ; guérison.

Annexite et Sigmoïdite

In *Thèse de Castéra Bordeaux* (1910-1911)

Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un Kyste hématique de l'Ovaire

Journal de médecine de Bordeaux (17 octobre 1911)

Cette observation montre bien que les hématocéles n'ont pas toutes

fatalement pour cause une grossesse extra-utérine rompue. Nos recherches nous ont permis de retrouver dans la littérature quelques cas du même genre que nous rapprochons de notre histoire clinique et qui nous permettent de conclure qu'il faut rechercher très longuement les débris embryonnaires avant d'affirmer que la grossesse n'est pas en cause.

Les Kystes hématiques ou hématomes de l'Ovaire

Revue in *Gazette des hopitaux de Paris* (Février 1913)

Avec Bonnaire et Potier, on appelle kyste hématique toute collection sanguine formée par le parenchyme ovarien et limité de telle façon que ses parois appartiennent aux différents éléments de ce tissu.

On les observe au cours de la vie génitale de la femme. Les cardiopathies, les affections du foie, la chlorose, les intoxications, les maladies infectieuses, etc.. peu ent déterminer la production de l'hématome de l'ovaire, que l'on peut appeler hématome d'origine médicale. Les hématomes chirurgicaux sont causés par des phlegmasies génitales aiguës ou chroniques. Les tumeurs, les déviations utérines, les traumatismes, etc., peuvent être retrouvés dans l'étiologie des hématomes de l'ovaire. Quelle que soit la cause qui provoque ces hématomes, ils apparaissent toujours à l'époque menstruelle. Pour nous, la lésion serait fréquente et souvent méconnue.

Au point de vue anatomo-pathologique on doit distinguer : 1° le kyste folliculaire: 2° le kyste des corps jaunes; 3° l'apoplexie ovarienne ou hématome diffus de l'ovaire.

Certains de ces kystes sont dits à « grand développement » du volume du poing. (Chavannaz et Roche),

Les symptômes fonctionnels et généraux peuvent passer souvent inaperçus; ce sont: les règles, qui se prolongent; des signes plus ou moins marqués d'hémorragie interne, se répétant à chaque menstruation et très rarement importants.

Le toucher permettra parfois le diagnostic : tuméfaction juxta-utérine immobile, mollasse, pâteuse.

Ce diagnostic de l'hématome de l'ovaire est souvent impossible à préciser ; même pièce en main, la lésion peut être confondue avec une grossesse ovarienne.

Le traitement médical sera de mise dans la majorité des cas. Il faudra intervenir lorsque les malades auront des crises subintrantes que chaque période mensuelle vient exacerber, ou lorsqu'il s'agit de kyste hématique à grand développement.

A propos d'un cas de Récidive tardive du Cancer du Col Utérin

En collaboration avec Parcelier Bordeaux (30 mars 1913)

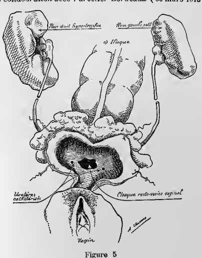


Figure 5

Ce cas est curieux parce qu'il montre une récidive d'épithelioma 10 ans

aprés la première intervention qui fut une hystérectomie vaginale pratiquée daus un but palliatif.

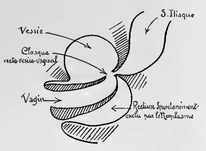


Figure 6

L'autopsie de cette malade nous a montré de plus un cloaque vésico recto-vaginal et, détail particulier, une exclusion spontanée du rectum par le néoplasme.

Nos recherches nous ont mis à même de constater que ces cas sont rares et portaient une assez rude atteinte aux interventions dites «élargies» pour cancer utérin,

Fibrome utérin à Pédicule tordu

Société d'anatomie Bordeaux (avril 1913)

Fibrome calcifié de l'Ovaire

Société d'anatomie (27 mars 1905)

Malade atteint de prolapsus concomittant. Nous avons retrouvé 70 cas semblables dans les publications gynécologiques.

Avortement Tubo-abdominal

Société anatomo-clinique Bordeaux (avril 1913)

Type fausse couche d'Albertin : inondation péritoneale.

Fibrome pédiculé sous-péritonial de l'Utérus simulant un fibrome de l'Ovaire

Société anatomo-clinique (21 avril 1911)

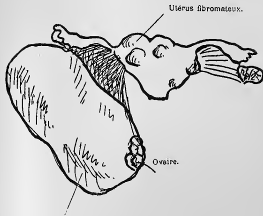


Figure 7

L'examen anatomo-pathologique et une dissection minutieuse nous permirent seul de constater qu'il s'agissait d'un fibrome sous-péritonial pédiculé de l'utérus ayant dédoublé le méso-salpinx et s'étant coiffé au niveau du pôle inférieur de l'ovaire correspondant qui n'apparaissait que sous la forme d'une lame un peu chagrinée et très mince.

Pyosalpinx et Hydrosalpinx

Société d'anatomie Bordeaux (1906)

Traitement des Prolapsus génitaux par le procédé de Colpopérinéorraphie du Pr. Lanelongue

Nouvelle étude du procéde

Détails des observations et des malades revus longtemps après l'intervention dans la thèsa de Lapeyronie, Bordeaux 1909. Étude clinique des observations dont le nombre est porté à 34, et dont les conclusions sont las suivantes:

1° Dans le traitement des prolapsus génitaux, la colpopérinéorraphie est l'opération primordiale.

2° Le procédé de colpopérinéorraphie de M. le Professeur Lanelongue nous semble plus avantageux que les procédés communément usités, tels que ceux de Martin, d'Emmet, de Doléris, de Hégar. En simplifiant la configuration des surfaces d'avivement, il rétrécit d'un bout à l'autre le vagin et la vulve.

3° Ses résultats thérapeutiques montrent son efficacité.

4° Il constitue uue opération bien réglée, qui peut être exécutée seule, mais est souvent associée à des interventions complémentaires.

5° Parmi les complications signalées, la principale est la déhiscence de la plaie vaginale. Elle nous semble devoir ê re attribuée souvent à l'emploi exclusif, comme agent de suture, du cagtut dont la manipulation exige des soins tout particuliers.

Organes génitaux de l'Homme

Un cas de Cystocèle étranglée

Société d'anatomie Bordeaux (20 novembre 1909)

Observation peut-être unique dans laquelle on peut voir qu'une vaste partie de la veiue se sphacéla et fut éliminée sans accident sérieux pour le malade.

Ce malade porteur de cystocèle assez volumineuse ne pouvait uriner qu'en exerçant des pressions sur sa hernie inguinale.

Nouveau cas de Cystocèle étranglée

En collaboration avec Charbonnel (*Journal de médecine*) *Bordeaux* (3 octobre 1909)

Étude de la Cystocèle étranglée

Travail original publié dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (mars 1909)

Nous avons opéré deux cas de cystocèle étranglée, l'une inguinale, l'autre crurale et c'est à ce propos que nous avons repris leur étude.

On le sait, l'étranglement des cystocèles est un accident rare, très rare même lorsqu'il va jusqu'au sphacèle de la portion de vessie herniée comme dans l'une des observations que nous avons relatées.

a *La cystocèle est accompagnée de hernie intestinale : cette dernière s'étrangle seule* et par la tension de son contenu, vient comprimer la vessie et par conséquent donne à la symptomatologie quelque chose d'urinaire (rétention plus ou moins complète d'urine, par exemple). C'est ce qui eut lieu dans un cas de Bates, qui observa deux crises de pseudo-étranglement. Ce n'est pas, il faut le dire, de l'étranglement véritable de la cystocèle, puisqu'à l'intervention le chirurgien ne rencontre dans les divers plans fibro-musculaires aucun agent constricteur ; c'est plutôt de la compression de la vessie que de la stricture vraie.

b *La cystocèle est accompagnée de hernie intestinale, les deux s'étranglent.* C'est ainsi que, dans un cas de Garampazzy, on trouve mentionnés des symptômes d'étranglement herniaire coïncidant avec une tumeur qui paraît être une hydrocèle. A l'opération, on trouve un intestin étranglé et une cystocèle également étranglée.

c, *Enfin la cystocèle n'est pas accompagnée de hernie intestinale et elle s'étrangle seule*

Dans cette troisième catégorie, nous ne trouvons pas un seul fait d'étranglement à proprement parler; il y a bien deux observations qui s'en rapprochent, mais qui, s'il faut en croire les auteurs eux-mêmes, ne sont que des cas d'engouement vésical, si l'on peut s'exprimer ainsi : le premier se rapporte à un malade de Félix Roche, publié dans les « Annales des maladies génito-urinaires »; le second est dû à Lambret. Mais dans ces deux cas, la cystocèle, bien qu'existant seule dans la masse herniée, est simplement engouée et non étranglée.

A l'étranglement véritable des cystocèles de la troisième catégorie se rattache plutôt l'histoire de l'un de nos malades, puisqu'il s'agit bien de stricture vésicale complète suivie de mortification étendue.

Il reste à savoir maintenant par quel mécanisme dans les trois hypothèses que nous venons d'envisager, se produit la constriction. Plusieurs opinions ont été admises. Il est probable qu'elles s'adressent chacune à certains cas particuliers, que, de plus, les facteurs qui entrent en jeu sont multiples. Nous ne pouvons, dans cet exposé rapide, les discuter toutes ; rappelons que l'on a invoqué : la congestion vésicale, l'effacement brusque de l'orifice qui fait communiquer la cavité de cystocèle avec le reste de la vessie (Follin et Duplay), la compression et la tension de l'anse intestinale herniée sur la cystocèle siégeant à côté d'elle, etc.

Nous y ajoutons une autre pathogénie, peut-être négligée à tort jusqu'à ce jour; nous voulons parler des manœuvres de taxis trop fortement conduites. C'est très vraisemblement d'ailleurs l'origine de la première cystocèle étranglée rapportée par nous, car le malade nous raconta, avec les affirmations les plus absolues, que le médecin qui lui donna les premiers soins exerça pour la réduction de sa hernie des efforts très vigoureux, trop vigoureux même, qui se prolongèrent une demi-heure, et dont il répéta la néfaste efficacité le lendemain pendant

le même laps de temps. La cystocèle. déjà adhérente, selon toutes probabilités, puisque c'est le cas le plus fréquent, comprimée dans tous les sens pendant ces tentatives, s'est tuméfiée sous l'effet d'épanchements sanguins produits dans l'épaisseur de ses tuniques, et irréductible antérieurement, elle a doublememt gardé ce caractère. Il nous semble donc qu'ici le taxis a eu une influence pathogénique indiscutable. Cette influence a-t-elle été la seule ? Il est bien difficile de le dire dans un cas si complexe et où un traumatisme initial, suivi dix ans après de l'apparition d'une hernie, a pu lui aussi par l'existence de brides fibreuses cicatricielles jouer un rôle également important.

Les accidents graves de mortification de la vessie à la suite d'un étranglement sont très rares; le plus souvent, il s'agit d'engouement vésical simple; le fait paraît très manifeste, entre autres exemples, chez un malade de Sue : porteur d'une cystocèle avec symptômes d'étranglement, le sujet est sondé et tout rentre dans le calme.

On le voit donc, de même qu'il existe un étranglemeut et un engouement intestinal, on peut trouver de l'étranglement et de l'engouement vésical.

Ce n'est pas sur la symptomatologie que nous appuierons davantage: irréductibilité brusque, rétention aiguë d'urine très souvent, urines rouges, nausées, vomissements muqueux, bilieux, et même fécaloïdes (notre malade paraissait en avoir présenté), arrêt des matières fécales, mais pas des gaz. Toujours grave, l'étranglement vésical l'est surtout quand l'arbre urinaire est en état de déchéance plus ou moins avancée et l'on voit d'ailleurs par les cas cités que la mort est au bout de bien des observations. En tout cas, ce qui est certain, c'est que le diagnostic en est très rarement fait; ouvrez les auteurs; tous sont frappés non point des difficultés qui l'entourent. mais bien de la rareté des cas où le chirurgien y a seulement pensé; comme conséquence naturelle de cet oubli, on blesse la vessie avec le bistouri où les ciseaux. Erreur très excusable du reste pour peu que les accidents ne soient pas tout à fait récents, et

dans laquelle on comprend très bien que soient tombés nombre de chirurgiens, quand on a soi-même vu l'impossibilité de reconnaître l'organe en face duquel on se trouve.

Quant au traitement, on ne peut établir de règles fixes; c'est en général, suivant l'état de la vessie que se dirige le chirurgien. En général, en face de vessies peu endommagées, la plupart des opérateurs se sont contentés de réduire purement et simplement la cystocèle et de surveiller les urines très souvent sanguinolentes pendant les jours suivants.

Monod, Delagénière, Guelliot, sont allés plus loin; « Excisez cette cystocèle, puisqu'elle est souvent l'expression d'une capacité vésicale trop grande ou bien encore d'une vessie diverticulaire; d'ailleurs, vous la débarrasserez de son lipome prévésical, origine probable de bien des hernies de l'organe ». Applicable à certains sujets, elle ne l'est certainement pas à d'autres, ceux par exemple dont les parois vésicales sont minces, friables, dont la muqueuse est infectée et a bien des chances de donner à la suture peu de résistance et une fistule urinaire.

Pour empêcher la récidive de la cystocèle, tout au plus pourrait on employer la méthode suivie par certains et qui consiste à faire la cystopexie.

Telle est la conduite à tenir en face d'une vessie d'apparence saine; *mais pouvons-nons agir de même si nous sommes en présence d'une cystocèle étranglée et menacée de sphacèle?* La situation est comparable dans les deux cas à celle qui s'offre au chirurgien en présence d'intestin menacé ou non de gangrène; intestin de bonne apparence, réduction rapide simplement; intestin malade, que faire?

Si la vessie ne paraît pas fatalement vouée à la mortification, si l'on espère encore avec la suppression de l'agent d'étranglement la « *restitution ad integrum* », peut-être pourra-t-on tenir la même conduite qui, chez notre sujet, a donné un bon résultat, c'est-à-dire réduction de la cystocèle avec deux gros drains placés sur le dôme vésical, dont la fonction sera de surveiller le sphacèle de l'organe et de nous avertir.

Peut-être aussi se trouverait-on bien de fixer par un ou deux points la vessie herniée à la paroi pour pouvoir l'observer de plus près, exactement comme pour ses anses intestinales d'apparence douteuse que l'on rencontre dans les étranglements et que, n'osant pas les réduire dans l'abdomen, on fixe à la paroi pendant quarante-huit heures afin de suivre facilement leur retour à la santé ou bien au contraire leur tendance nette au sphacèle.

Faut il d'emblee, comme on l'a conseille, ouvrir la vessie. l'aboucher a la peau, pratiquer une bouche urinaire qui se fermera plus tard? Nous croyons que cette intervention est ou bien inutile si la vessie ne doit pas se sphacèler, ou bien incomplète si la mortification doit s'ensuivre. En tout cas, il nous paraît certain que pour les cystocèles étranglées dont les parois paraissent compromises, il faut se garder de pratiquer une excision et de suturer : « Excisez et suturez si vous le voulez, dit Lejars, mais que votre suture soit en bons tissus ». Or, savons-nous où va s'arrêter la mortification, quelle est exactement la limite du mort et du vif? N'allons-nous pas trop ou trop peu exciser? La chose est capitale, surtout lorsqu'il s'agit, comme dans l'histoire de notre malade, d'une masse vésicale herniée très volumineuse, et où par conséquent le but de l'opération doit être l'économie.

La réduction suivie d'expectation nous paraît être une conduite prudente qui, d ailleurs, se répète tous les jours au sujet des gangrènes en général; lorsque, entre autres exemples, on traite celle des membres, on attend que la nature ait elle-même tracé la ligne qui séparera les tissus morts des tissus vivants.

Dans les cystocèles intra-péritonéales la présence de la grande séreuse rend la technique différente, et l'on s'explique mieux alors que l'on puisse, pour éviter les dangers d'inoculation du péritoine. exciser la vessie herniée ou bien l'ouvrir, et la fixer à la paroi en créant ainsi un méat urinaire temporaire.

Deux cas de Nephrectomie pour Tuberculose rénale

Journal de médecine de Bordeaux (8 et 10 novembre 1908)

Travail original.

Dans ce travail, nous étudions particulièrement la tuberculose rénale silencieuse qu'Albarran dit être très rare et sur laquelle l'école lyonnaise vient de s'arrêter tout dernièrement.

Nous montrons principalement à quelles erreurs elle peut donner lieu surtout si l'examen complet du malade n'a pas été pratiqué; à ce propos, nous discutons la valeur de la division et nous la comparons au cathétérisme des uretères.

La division des urines ne nous paraît pas toujours être un moyen de diagnostic tout à fait positif; en ce qui nous concerne, elle nous a mené à des fautes d'interprétation ; les urines des deux reins avaient pu, malgré le diviseur, se mélanger dans la vessie

Le cathétérisme des uretères nous semble au contraire représenter un moyen d'exploration tout à fait remarquable à la disposition du chirurgien.

C'est pour ce motif que nos conclusions engagent le chirurgien à le pratiquer toutes les fois que le moindre doute pourra exister au sujet du rein supposé sain.

Tumeur de l'Ombilic

Avec le Professeur Coyne Société de biologie (mars 1909)

Tumeur dont la nature a été difficile à reconnaître ; il a fallu user de colorations et de procédés spéciaux et on est arrivé à cette conclusion qu'il s'agissait d'une tumeur développée aux dépens de débris allantoïdiens. Ce fait est loin d'être fréquent.

Ectopie testiculaire double opérée par le procédé de Forgues

Avec Morin Société d'anatomie Bordeaux (18 septembre 1911)

Nous insistons particulièrement ce que l'on nomme l'orchidolyse ou libération du testicule et du cordon, l'orchidopexie devenant alors secondaire.

Des Abcès dans les Epididymites blennorragiques

Recherches cliniques et bactériologiques, ayant porté sur 20 malades

Résultats publiés dans la thèse de Laurent Bordeaux (1908)

et étudiés de nouveau dans la Province médicale (1er janvier 1910)

Malgré tous les travaux dont elle a toujours et de tout temps été entourée, l'épididymite blennorragique laisse encore dans son histoire bien des points obscurs ; dans ces dernières années, diverses publications se sont occupées de son anatomie pathologique et de son traitement.

Il semble que l'on n'accorde pas en général, assez d'importance à ce fait, que les conduits génitaux de l'homme, canal déférent, vésicule séminale, et épididyme sont susceptibles de s'enflammer de la même façon que l'uretère au cours de la blennorragie, et cependant on connaît fort bien l'action pyogène du gonocoque; les abcès de la prostate à gonocoques existent; les urétrites, les salpingites de même nature sont, elles aussi, très fréquentes sans parler des abcès musculaires gonococciques récemment décrits et des adénites inguinales où le diplocoque de Neisser a été rencontré.

Pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'épididymite blennorragique? Tout est réuni cependant pour témoigner la présence du pus: la douleur intense, le gonflement, la rougeur des bourses, l'épanchement vaginal, la fièvre et la convalescence parfois si longue qui s'ensuit; n'est-ce pas vraiment là l'indice d'une collection purulente en voie de formation?

On a bien décrit des formes suppurées d'orchi-épididymites blennorragiques dont les collections se sont ouvertes au dehors; les faits sont rares, il est vrai; mais de ce qu'un abcès ne s'ouvre pas spontanément à l'extérieur, doit-on conclure qu'il n'existe pas et n'y aurait-il pas lieu de se demander, avec Delbet, s'il ne se passerait pas dans certaines orchites des phénomènes semblables à ceux décrits dans la forme bien connue d'appendicite à « plastron » où le foyer purulent s'est résorbé peu à peu et a fini par disparaître.

Ce sont d'ailleurs des idées de ce genre qui ont poussé Escat à rechercher l'existence du pus dans les épididymites blennorragiques; le résultat de ses études a été développé par lui au Congrès d'urologie de 1903, ses faits étaient démonstratifs et ses malades réellement porteurs d'abcès de la queue de l'épididyme.

Depuis, en France, peu de publications ont paru s'occuper de la chose; ce n'est qu'à l'étranger, grâce aux travaux d'Heubner, de Belfield, de Baermann et de Bazet de San-Francisco, que nous avons des études détaillées. Ces motifs ont poussé notre ami Laurent et nous-mêmes à continuer quelques recherches dans ce sens. C'est à Escat que revient l'honneur d'avoir émis et soutenu le premier cette théorie; dans une première observation, il incise un malade atteint d'épididymite aiguë. il s'écoule d u sang et de la sérosité en abondance : le lendemain, le dégonflement s'opère et le malade guérit rapidement. Cette fois. il n'y a pas de suppuration apparente; dans d'autres cas il trouve avec le bistouri un ou plusieurs abcès contenant du pus phlegmoneux, il incise ces cavités, les draine, opère même une épididymectomie plus ou moins complète suivant les circonstances. et assiste à une réparation avantageuse et rapide. *Tels sont les premiers faits mettant ce point bien en évidence, à savoir que ces rétentions septiques bien prévues par l'examen clinique des malades, existent bien réellement et que l'opérateur peut les atteindre et même les évacuer.*

Nos recherches ont porté sur 20 malades et 10 fois nous avons trouvé de la suppuration[1].

Pour déceler les collections purulentes intra-épididymaires, nous avons eu recours à la pratique suivante, fort simple d'ailleurs, qui consiste à ponctionner l'épididyme au niveau du noyau induré, dû, comme on le sait, à l'épaississement du globus minor.

Nous procédions d'abord à un examen attentif et minutieux de la région et nous palpions soigneusement l'épididyme dans toute son étendue; si par hasard l'épanchement vaginal concomitant était abondant au point de gêner considérablement l'examen des organes, nous avions recours à la ponction évacuatrice de cette hydrocèle. Dans les autres cas examinés, l'épididyme était notablement augmenté de volume, s'étalait sur le bord postérieur du testicule qu'il débordait à son pôle inférieur et sur les côtés. Cet énorme bourrelet ainsi formé offrait à la palpation la sensation d'un corps dur résistant, non dépressible, noueux par endroits et extrêmement douloureux; malgré cela, nous n'avons pas constaté la moindre renittence, pas la plus légère fluctuation au niveau du globus minor et ce pus était probablement masqué et caché par une reaction conjonctive péricanaliculaire et périépididymaire. Il suffit pour cela de se rappeler que, dans un cas rapporté par M. Escat, l'opérateur dût inciser une coque dure de 1 centimètre d'épaisseur, avant d'arriver au pus.

C'est toujours au point le plus douloûreux spontanément et à la pression qu'ont porté nos ponctions; celles-ci ont été opérées à l'aide d'une seringue en verre, analogue à celle de Luer, d'une contenance de 2 cc.; cette seringue était munie d'une aiguille de platine iridiée de 5 centimètres de longueur.

Lorsque nous pratiquions l'aspiration, le pus venait rarement du premier coup dans le corps de la seringue; ce n'est qu'en aspirant plusieurs fois et lentement que nous obtenions des résultats; ceux-ci, du

reste, furent très variables en ce qui concerne la quantité du pus retiré. Dans un cas, II gouttes seulement, V à VI dans un autre, au maximum 1 cc., toujours suffisamment pour faire de nombreux frottis et multiplier les examens microscopiques. L'aspect du liquide évacué était caractéristique dans chaque observatiou et permettait de constater qu'on était en présence de pus, Il était épais, jaunâtre avec quelques stries sanguinolentes.

Le microbe dont le microscope nous a révélé la présence était manifestement du gonocoque; il présentait aux diverses colorations sa forme caractéristique eu grain de café : jamais isolé, ayant toujours l'aspect du diplocoque, il était accompagné d'un grand nombre de polynucléaires en dehors desquelles il se trouve souvent.

Les préparations microscopiques furent toujours très nettes, qu'elles aient été colorées à la thionine phéniquée, au bleu de méthylène, à la fuschine ou au Zielh; le diplocoque en question, dans aucun cas, n'a pris le Gram, toujours il s'est décoloré et notre diagnostic a pu toujours, de cette façon être rigoureux.

Il s'agissait donc de foyers purulents gonococciques intra-épididymaires.

Mais alors on est en droit de se demander quelle peut bien être l'origine de telles collections purulentes? Sont-elles péri ou intracanaliculaires?

La formation d'abcès par rétention nous semble s'imposer dans les cas où l'on constate des spermatozoïdes dans le pus et où l'on constate, comme l'a vu Baermann, des cellules cylindriques isolées, à uoyaux facilement colorables, sans cils vibratiles et provenaut, selon toute vraisemblance, de la paroi epididymaire. Mais que dire des cas où les spermatozoïdes n'existent pas et où on ne trouve pas de cellules cylindriques permettant d'affirmer la nature eudo-canaliculaire de cette affection? Nous expliquerons de pareilles lésions et de tels résultats en nous reportant aux données de l'anatomie pathologique; n'avons-nous pas vu que l'infiltration leucocytaire secondaire peut être parfois assez

intense pour former autour des canaux épididymaires de véritables abcès Ceux-ci, microscopiques dans la plupart des cas peuvent néanmoins acquérir un volume assez notable au point d'amener la destruction des parois conjonctivo-musculaires des canaux spermatiques et l'altération considérable, vu la virulence microbienne, des spermatomoïdes qui peuvent y rester.

Pour les cas négatifs que nous avons rencontrés, il nous est permis de faire une restriction importante; la douleur a pu seule nous guider pour la ponction ; elle est souvent, trompeuse et d'un autre côté nous n'avons jamais voulu faire plus de deux ponctions chez le même malade ; de plus, si l'on songe que les dimensions de ces abcès sont parfois fort minimes et peuvent varier de la grosseur d'un pois à celle d'un gros haricot, on se rend compte facilement qu'il y a des cas où l'aiguille de notre seringue a pu passer à côté du but. Chez un de nos malades, ce n'est qu'à la dixième ponction que nous avons retiré du pus (dans une observation de Hagner, on voit sous chloroforme l'opérateur pratiquer plus de 20 ponctions intra-épididymaires avant d'arriver sur la collection purulente.

Les résultats consécutifs sont les suivants ; diminution très rapide de la douleur, au bout de vingt-quatre heures ; le lendemain nous trouvions les malades frais et dispos, ne souffrant plus de leurs testicules et supportant la pulpation même forte et profonde faite au niveau de la queue de leur épididyme; le gonflement diminuait rapidement et, après une ponction positive, nous avons vu des malades presque guéris, pouvant se lever sans fatigue et sans douleur.

Enfin, il est un point sur lequel Baermann a appelé particulièrement l'attention et que nous avions vérifié trois fois seulement, *c'est la chute complète de la température.*

Les faits et les résultats que nous venons de rapporter ont une grosse importance thérapeutique; ces abcès étant démontrés, il est bien probable que bon nombre des accidents et des complications de l'épididymite

blennorragique sont dus à leur présence; les orchites à répétition et l'azoospermie, ont très certainement bien des rapports étroits avec l'existence de ces foyers purulents ou de leurs reliquats. Dernièrement Delbet et Chevassu: (traitement des oblitérations épididymaires d'origine blennorragique. « Revue de Chirurgie », 1909) on s'est occupé de remédier aux troubles sérieux qu'apportent précisément ces oblitérations épididymaires à la circula ion des liquides testiculaires. Mais ce n'est là que le traitement direct de la complication. *Ne serait-ce pas plus logique et préférable encore d'essayer de la prévenir en traitant, en évacuant les abcès qui la provoquent?* Tel serait le traitement préventif; c'est là, évidemment, le point pratique, capital et difficile de la question : comment faut-il traiter ces suppurations ? chirurgicalement, très certainement, mais de quelle façon : par la ponction ou par l'incision ? Cette proposition vient, il est vrai, bien à l'encontre des idées admises jusqu'à aujourd'hui, puisque le traitement des épididymites a toujours été d'ordre purement médical; mais elle nous semble conforme à l'anatomie pathologique de la lésion que nous avons détaillée ici. Depuis cette publication la question a fait du chemin et cette méthode commence à entrer dans la pratique chirurgicale.

Travaux expérimentaux

Recherches expérimentales et histologiques sur la dégénérescence et la régénération des nerfs après leur section dans les plaies septiques et aseptiques.

Travaux du laboratoire du professeur Coyne, en collaboration avec le docteur Germain voir thèse de Bordeaux (1909-10)

Cette étude expérimentale pour laquelle le laboratoire du professeur Coyne nous a été largement ouvert *s'est poursuivi pendant 8 mois :* elle appartient à ce genre de recherches longues, patientes et délicates que représente la chirurgie nerveuse expérimentale.

Sans vouloir donner ici la technique suivie, ce qui nous entrainerait trop loin, nous rapportons uniquement les résultats et les conclusions de nos opératio s sur les diverses séries de lapins (septiques et aseptiques).

1° Les sections nerveuses septiques des nerfs périphériques causent des troubles trophiques plus que les mêmes sections mais aseptiques.

2° Les névromes qui se forment au niveau de ces sections sont souvent semblables dans les cas d'asepticité et de septicité des plaies nerveuses, mais c'est dans ces derniers seuls que l'on trouve les névromes énormes.

3° La grosseur des névromes ne représente nullement la somme des fibres régénérées utiles.

4° La cicatrice qui se forme entre les deux névromes est presque toujours mieux organisée dans les cas d'asepticité.

Elle peut faire défaut daus les cas de septicité, même un mois et demi après la section.

5° La dégérescence rétrograde dans le bout central existe aussi bien chez les animaux septiques que chez les aseptiques elle est toutefois très réduite, mais cependant un peu plus prononcée chez les infectés.

6° La dégénérescence du bout périphérique est semblable dans les deux cas.

7° Dans le bout central. la prolifération des tubes nouveaux se fait toujours, qu'il y ait suppuration ou non, réunion ou non-réunion des deux segments.

8° Les fibres nouvelles naissent dans les deux premiers centimètres avoisinant la section et surtout à l'extrémité dn bout central par bourgeonnement latéral ou division du vieux cylindraxe. En avançant, ces fibres néoformées se branchent parfois en Y.

9° Elles traversent le segment cicatriciel et vont dans le bout périphérique, cheminant soit entre les vieilles gaines, soit dans celles-ci. La continuité de ces fibres venant du bout central est absolue et jamais nous n'avons constaté de phénomène d'auto-régénération

10° Au point de vue de l'intensité de la prolifération dans le bout central, on ne peut trouver de différence appréciable c'ez les animaux septiques et aseptiques.

11° Mais les tubes néoformés sont souvent irréguliers ou moniliformes et paraissent moins bien constitués chez les animaux infectés.

12° Dans la grande majorité des cas, les fibres nerveuses de nouvelle formation sont en plus grand nombre et s'avancent plus loin dans le segment périphérique des témoins aseptiques.

L'infection est une entrave, un obstacle pour la régénération des nerfs après leur section et elle doit à tout prix être évitée dans la chirurgie nerveuse.

Ci-joint, pour en montrer l'intérêt, quelques exemples pris au hasard :

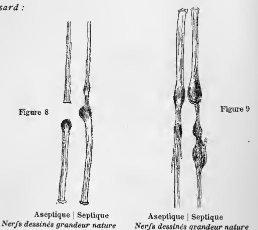


Figure 8

Aseptique | Septique
Nerfs dessinés grandeur nature

Figure 9

Aseptique | Septique
Nerfs dessinés grandeur nature

Lapin n° 60 et 30 tués le 28e jour après la section.

Examen microscopique

Chez le lapin opéré aseptiquement la réunion des 2 segments est faite tandis qu'elle ne s'est pas produite chez le lapin opéré septiquement. La suppuration a donc empécher la cicatrisation du nerf.

Lapin sacrifié le 75e jour après la section.

Les névromes formés au niveau des sections sont souvent semblables dans les cas d'asepticité ou de septicité des plaies nerveuses, mais c'est dans ces derniers seuls que l'on trouve les névromes énormes.

Exemple : *Figure annexée*

D'ailleurs la grosseur des névromes est loin de représenter la somme des fibres néoformées utiles, mais c'est peut-être l'indice d'un travail régénératif n'ayant pu complètement aboutir, les tubes nouveaux s'enchevètraut désorientés, revenant même en arrière empêchés par du tissus conjonctif et fibreux de passer dans la cicatrice.



Figure 10

Tubes nouveaux et prolifération des fibres nouvelles

150e jour après l'opération. Lapin opére aseptiquement.

La photographie montre des tubes nouveaux se terminant parfois en renflements, de ces renflements ou de ces parties latérales portent des fibres grêles qui se bifurquent à mesure que l'on descend vers la cicatrice.

L'ensemble forme un véritable pinceau. Nous avons compté jusqu'à 10 fibres nouvelles contenues dans un seul tube nerveux.

Exemple de prolifération par bourgeonnement central.



Aseptique

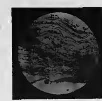


Figure 11

Fibres néoformées cheminant dans le segment péripherique

Lapin opéré aseptiquement sacrifié le 150e jour.

Dans le névrome périphérique, nombreuses fibres grêles néoformées cheminant parmi les vieilles gaines dégénérées. On distingue encore des boules de myéline.

Lapin 23 : Septique



Figure 12

Névrome périphérique. Rares fibres néoformées

Dans le névrome périphérique on ne voit que de très rares fibres néoformées.

Conclusion : La septicité a empêché presque totalement le processus régénératif.

Asertique

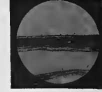


Figure 13

Neuvième centimètre dessous. Quelques tubes néoformés

Examen histologique fait dans le 9e centimètre au dessous de la section.

Les fibres néoformés vont en diminuant à mesure que l'on s'éloigne de la section ; au 9e centimètre elles sont encore assez nombreuses.

Les anciennes gaines de Schwamm sont vides pour la plupart, d'autres renferment encore quelques rares gouttelettes de myéline. Les unes comme les autres servent de conducteurs aux tubes nouveaux et contiennent du protoplasme avec des noyaux.

Septique

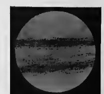


Figure 14

Neuvième centimètre au dessous. Vieilles gaines,
Boules de myéline. Pas de tubes néoformés

Lapin opéré septiquement. Tué le 150e jour.

Membres

Subluxation de la Clavicule chez une Fillette

Avec le Professeur agrégé Rocher, Société d'anatomie de Bordeaux
(25 juin 1913)

Elephantiasis du Membre inférieur gauche

Société d'anatomie de Bordeaux (avril 1903)

Elephantiasis nostras dû à des poussées répétés de lymphangite réticulaire.

Tuberculose ostéo-articulaire du Genou et Accidents de Travail

Journal de medecine (1er octobre 1911)

Etude montrant la nécessité d'étudier de plus près, depuis la loi sur les accidents de travail. les malades devenus tuberculeux articulaires après une chute, car l'arthrite tout à fait insidieuse et latente, peut avoir déterminé la chute, en un mot être la cause et non l'effet.

Luxation récidivante de l'Epaule. Capsulorraphie

In *Thèse de Gaye Bordeaux* (1910-11)

Ostéome du Brachial antérieur. Extirpation Guérison

Société anatomo-clinique Bordeaux (4 novembre 1912)

Résultats éloignés du traitement des tumeurs blanches du genou par les injections profondes de chlorure de zinc.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux (12 février 1911)

Il s'agit de résultats très complets avec guérison maintenue depuis plusieurs années. Notre but a été surtout de montrer par ces exemples

que la méthode mérite que l'on s'y intéresse dans les cas où l'intervention dans l'ostéo-tuberculose n'est pas indiqué ou simplement refusé par le patient. La guérison durable obtenue est engageante pour le chirurgien.

Fracture spontanée par Ostéomyélite très ancienne

Société anatomo-clinique de Bordeaux (4 mars 1912)

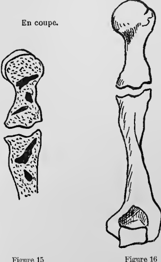


Figure 15 Figure 16

Ostéomyélite datant de 30 ans environ ; accidents aïgus survenus de nouveau en 1911 sans cause apparente autre qu'une très large application de teinture d'iode sur le bras : fractures spontanées et phénomènes généraux graves ayant nécessité l'amputation du bras.

Injections de Cocaïne dans les Fractures

Mémoire publié dans la Province medicale (juillet 1909)

(17 observations)

L'idée d'employer la cocaïne dans le foyer fracturé n'est peut-être pas tout à fait récente, et cependant elle ne s'est pas répandue; comme Quénu, comme Guido Lerda, nous pensons qu'elle mérite de l'être, et le traitement des fractures souvent si difficile doit y gagner; c'est du moins ce qui ressort de l'ensemble des faits cliniques rassemblés dans ce travail.

C'est Quénu qui, le premier, en novembre 1908, communiqua à la Société de Chirurgie, ses résultats personnels. Nous avons, comme Quénu, suivi la méthode de Lerda dont la technique est la suivante: on se sert d'une solution do la technique est la suivante : on se sert d'une solution de cocaïne à 1 p. 200 et on ajoute 1 cc. de solution d'adrénaline à 1 p. 1000 dans le but de diminuer l'étendue des hématomes ; on injecte la solution profondément entre les fragments et autour d'eux de telle manière que la moelle osseuse, le périoste et les tissus avoisinants soient imbibés par l'anesthésique.

Les effets de la cocaïne se font sentir au bout de 7, 8, quelquefois 10 minutes.

On sait en effet à quel point la moindre solution de continuité osseuse est douloureuse, cette douleur devient alors intolérable dès que le moindre mouvement est imprimé. Aussi les muscles se mettent automatiquement en état de défense. Mais cette contracture a ses inconvénients que nous connaissons bien tous, puisqu'elle est le principal obstacle à la réduction et au maintien de la réduction, à tel point que pour certaines fractures, la pratique de l'anesthésie générale semble avoir fait un bon nombre d'adhérents. Or, l'anesthésie générale, outre ses dangers ordinaires, prépare maints inconvénients sur lesquels nous ne voulons pas insister ici, entre autres chez les alcooliques; pour ce

motif, quelques chirurgiens, très peu partisans de la rachianesthésie, se sont néanmoins adressés à elle dans le cas particulier qui nous occupe, tel, par exemple, Delbet.

Il est très probablement possible d'atteindre les mêmes résultats avec l'anesthésie locale et notre conviction s'est faite d'autant plus rapidement que nos premières tentatives se sont adressées ainsi à des fractures de Dupuytren : le résultat a été véritablement excellent.

Les résultats que nous apportons proviennent de l'étude de 17 malades que nous avons eu l'occasion d'étudier et de suivre en l'espace de 8 mois.

Ces 17 cas ont été traités par la méthode et tous ont bénéficié, à des degrés divers évidemment, des injections de cocaïne.

Chez certains malades, le résultat a été extrêmement bon ; nous rappelons entre autres l'état du blessé n° VI et nous nous permettons d'y revenir pour entraîner davantage encore la conviction : ce jeune homme de vingt ans arrive avec une fracture de cuisse au tiers moyen; il présente une déformation très marquée et de la douleur, au point que tout mouvement, tout effleurement de la peau ou des muscles provoque une réaction intolérable; nous opérons avec la cocaïne et sous les yeux étonnés du blessé, nous manipulons le membre à notre gré dans tous les sens; nous pouvons obtenir de la sorte, grâce à la résolution musculaire complète, une excellente réduction que nous maintenons par un appareil et sans que, jusqu'au bout des manœuvres, nous ayons entendu proférer une seule plainte.

Cette histoire est peut-être la plus frappante, la plus typique de celles que nous rapportons; mais un grand nombre des autres s'en rapprochent de tous points.

Pourquoi cependant le même résultat, l'anesthésie complète, n'ont-ils pas été identiques chez tous nos blessés, pourquoi n'avons-nous pas obtenu une résolution musculaire toujours aussi parfaite ? Pourquoi dans les observations nos XIV et XVI, n'avons-nous pas enregistré une

disparition totale des douleurs ? Il est probable d'abord que notre quantité de cocaïne injectée n'a pas toujours été suffisante, et à ce sujet, nous ne sommes peut-être pas tout à fait de l'avis de Quénu qui pense qu'avec 3 cc.. on peut arriver à anesthésier le foyer de la fracture et les tissus avoisinants; avec tel blessé, 3 cc. suffiront peut-être, avec tel autre, on devra employer 4, 5, 6 cc., avec un troisième, il n'en faudra pas plus de 2 cc.

Nous pensons que les injections de cocaïne doivent différer suivant les malades et les fractures, que la dose moyenne est de 3 cc., mais que, il y a des doses maxima et minima que l'on doit utiliser dans certains cas. Quelles sont les données qui nous guiderons dans cette appréciation? La sensibilité du malade, la qualité de la fracture, la durée des manœuvres de réduction seront probablement des facteurs dont nous devrons tenir grand compte. Enfin il faut savoir attendre l'anesthésie.

Cette méthode est-elle dangereuse ? Nous ne le pensons pas; en tous cas, chez nos 17 opérés, nous n'avons observé aucune modification dans leur état pendant la durée de l'anesthésie cocaïnique, et cela même chez celui qui a reçu 6 centigrammes de la solution à 1 p. 200. Quénu, Lerda sont aussi affirmatifs à ce sujet. Cela ne veut pas dire qu'il faille exagérer les quantités injectées et que l'on ne doive pas compter avec la sensibilité de chacun aux médicaments tels que la cocaïne. Nous nous sommes même demandé si la stovaïne, qui paraît peut-être plus simple, et moins dangereuse à manipuler que la précédente, ne devrait pas souvent, sinon toujours, la remplacer dans le genre d'interventions qui nous occupe.

En ce qui concerne les accidents de suppuration provoqués par la septicité des injections, les éléments de l'asepsie opératoire rigoureusement observés devront toujours éloigner des complications de ce genre.

En résumé, nous croyons que les injections de chlorhydrate de cocaïne gagneront à être plus répandues dans le traitement des fractures; avec leur emploi plus régulier, on précisera certainement leurs indications. C'est principalement le médecin de la campagne qui trouvera dans cette méthode un secours précieux : diminution du nombre des aides, suppression même du chloroforme.

Nous ne croyons pas exagérer en écrivant que le chloroforme sera souvent avantageusement remplacé ; en effet nous avons pu depuis remarquer que l'anesthésie locale par la cocaïne nous a offert pour des fractures à peu près semblables, un relâchement, une obéissance musculaire presque comparables à la précédente sans présenter ses inconvénients et ses dangers.

Il est probable qu'à l'exemple des fractures, la réduction des luxations y trouvera de la facilité, de la simplicité et la malade y gagnera l'atténuation des douleurs; nous nous proposons de l'essayer, Dans un cas de luxation ancienne (un mois) de l'épaule (à défaut de récente), le professeur Lanelongue a tenté de mettre la méthode à l'épreuve ; il eût un demi succès

En terminant d'ailleurs cette note, nous avons lu qu'à Nancy, Driout a eu l'occasion de se servir de l'anesthésie locale dans la réduction des luxations primitivement irréductibles, et a rélaté deux observations avec un succès et un insuccès. A la Société de médecine de Nancy, où cette communication fut présentée, les membres présents, MM. André, Perrin, Vautrin, Michel, Stern. et Rohmer, apprécièrent la méthode, mais pensèrent qu'il fallait se défier des doses élevées de cocaïne en injections profondes. Si donc, pour les luxations, l'avenir nous renseignera plus amplement, il semble que d'ores et déjà, pour les fractures le procédé vaut la peine d'être conservé.

N.-B. — M. Quénu a, depuis, communiqué à la Société de Chirurgie un mémoire extrêmement favorable à la méthode des injections porfondes de cocaïne dans la réduction des luxations.

Subluxation des Phalanges des 4 doigts sur les Phalangines correspondantes

Avec Mauriac, Société d'anatomie de Bordeaux (29 juillet 1907)

Gangrène et Diabète

In *Thèse de Caralp Bordeaux* (1911-12)

De l'emploi des Plans inclinés dans le Traitement de certaines Fractures juxta-articulaires

En collaboration avec M. Couraud (interne des hôpitaux) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales, Bordeaux* (1910)

De tout temps, le traitement des fractures articulaires ou para-articulaires a donné lieu à de grosses difficultés techniques; souvent même le chirurgien s'est trouvé en présence de surprises fâcheuses, figurées non seulement par des guérisons médiocres, mais encore par des déformations graves ou des impotences fonctionnelles très accentuées. Aujourd'hui que la loi sur les accidents du travail oblige le praticien à plus de précision dans le traitement et dans la consolidation des fractures, il ne nous a pas paru inutile de signaler une nouvelle façon de procéder dans certains cas particuliers, à l'aide d'un appareil assez simple, dont l'idée première revient à Dupuytren et que nous avons fait construire à l'occcasion de fractures articulaires du genou. On trouvera dans la « Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux » (mai 1910), le relevé de nos observations.

La technique opératoire est d'ailleurs assez simple; elle repose tout entière sur la disposition de l'appareil et la mise en place du membre fracturé sur le double plan incliné L'appareil dont nous nous sommes servis peut être brièvement décrit de la façon suivante : deux plans

inclinés en bois, réunis par des charnières, formant un angle par conséquent, sur lequel est couché le genou fracturé et dont on peut graduer l'ouverture à l'aide d'un dispositif bien simple, une sorte de crémaillère adapté à l'appareil.

En quelques mots nous pouvons résumer de la façon suivante, les avantages présentés par le double plan incliné.

1° Le malade reste en position assise ; ce point a son importance, cas on peut avoir à traiter des personnes âgées ou bien présentant des tares pulmonaires.

2° Le membre blessé est en demi-flexion, ce qui veut dire en position de repos. Cette position, quand elle peut être obtenue s'oppose, on le sait, à la contraction musculaire qui produit et entretient la plupart des déplacements osseux habituels. La demi-flexion met l'articulation, souvent distendue par du liquide, au repos ; la résorption des liquides articulaires peut plus facilement s'effectuer.

3° Le dispositif en question réalise l'extension continue; la jambe et pied reposant sur le versant antérieur du double plan font l'extension ; quant à la contre-extension elle est produite par le bassin.

4° Enfin et surtout ce double plan incliné est mobile, c'est-à-dire que son angle d'ouverture peut être au gré du chirurgien augmenté ou diminué. Conséquence capitale: il est facile de mobiliser tous les jours et graduellement avec la crémaillère, l'articulation voisine du foyer de fracture. Cette mobilisation très lente et progressive est de ce fait tout à fait indolore.

Le malade met 3 ou 4 jours à s'habituer au double plan ; il s'y trouve dans la suite parfaitement bien.

Ainsi détaillés, ces avantages nous paraissent appréciables, nous leur attribuons en tout cas les très bons résultats fonctionnels obtenus par nous et ils nous semblent suffisants pour que l'on songe plus souvent au vieil appareil oublié de Dupuytren.

De la conduite à tenir dans les grands Traumatismes des Membres

Thèse inaugurale (1905)

(52 observations)

Ce travail porte sur un total de 52 observations; il représente donc par le nombre des cas cliniques, un des plus importants qui aient été publiés sur cette question toujours d'actualité. Voici en quelques mots quelles en sont les conclusions. confirmées d'ailleurs, quelques mois après par le très remarquable rapport de Nimier au XIIIe Congrès de l'Association française de Chirurgie et les nombreuses discussions qui l'ont suivi.

En face d'un grand traumatisme des membres, deux indications générales se présentent.

1° *Il ne faut pas amputer pour les trois motifs suivants :* a) à cause de l'état du choc; b) à cause de la possibilité d'une trop large exérèse; c) à cause de la gangrène du moignon.

2° *Il faut conserver,* 1° en traitant le choc par la chaleur, le sérum artificiel, la caféine, l'éther, etc..; 2° en faisant des injections antitétaniques renouvelées tous les 5 jours; 3° en faisant un nettoyage complet et méthodique de la plaie et de son voisinage avec le savonnage, l'eau bouillie et l'eau oxygénée à faible tension; 4° en enlevant tous les lambeaux déchirés, pendants et fatalement voués à la mortification; 5° en renouvelant les nettoyages et les pansements, en incisant les abcès, les collections qui se forment, en drainant suffisamment.

3° *Quelques opérations conservatrices sont souvent nécessaires* : la ligature, la suture osseuse, l'enchevillement. La résection est plus particulièrement une opération recommandable lorsque les lésions le permettent.

4° Lorsqu'un membre est complètement séparé du segment sous-jacent (amputation spontanée), on doit attendre que l'élimination des

parties spontanément mortifiées se soit faite pour régulariser le moignon. Dans quelques cas plus rares et tout à fait spéciaux on pourra intervenir.

5· *Cas particuliers.* — Dans le cas de traumatisme avec décollements étendus et pertes considérables du squelette, il est possible d'intervenir avec succès surtout en ce qui concerne les extrémités ; il faut alors que les tissus ne paraissent pas contus au-dessus de la plaie, que cette plaie soit nette, qu'il n'y ait pas de choc et qu'il ne soit pas utile de conserver un segment de membre plus ou moins long. L'amputation dans ces cas sera un moyen plus rapide de guérison; elle sera quelquefois utilement pratiquée au deuxième et troisième jour.

Dans les traumatismes infectés, la méthode conservatrice avec incisions et débridements peut donner des résultats, mais souvent, on est obligé d'avoir recours à l'amputation

Lorsqu'il s'agit de malades diathésiques, tarés, la conservation et l'amputation sont discutables; la dernière cependant, si le choc opératoire n'est pas trop considérable, amènerait peut-être moins fatalement la mort.

6· *La méthode de conservation reste par excellence la méthode de choix.* Si elle souffre quelques exceptions, elle n'en devient pas moins dans le plus grand nombre des cas un de ces devoirs impérieux que le chirurgien ne peut méconnaître.

Trois cas de Subluxations méniscales internes de l'Articulation du Genou

Avec le Professeur agregé Rocher, Gazette des hôpitaux de Paris (février 1913)

A côté des luxations méniscales complètes et graves qui réclament une intervention chirurgicale, il existent des subluxations dont la caractéristique est d'être récidivante; nous en rapportons trois observations personnelles et inédites.

Nous avons à ce propos repris complètement l'étude (la pathogénie et la symptomatologie principalement) de cette variété de traumatisme que Dambrin dans la Revue de Chirurgie mentionne à peine. Sans détailler ici ce travail que l'on trouvera dans la Gazette des hôpitaux de Paris, nous nous contentons d'en retracer très schématiquement les conclusions qu'il contient et qui sont en quelques mots les suivantes :

Nous estimons que les cas de ce genre sont relativement fréquents et sont souvent confondus avec les entorses du genou; des moyens orthopédiques (genouillère de caoutchouc), les massages, l'air chaud doivent être mis en œuvre avant de tenter une intervention chirurgicale, qu'on réussira le plus souvent ainsi à éviter. C'est un nouveau chapitre de la pathologie du genou.

Ostéomyélite Typhique

Avec M. Couraud, interne des hopitaux, *Société d'anatomie de Bordeaux*
(1910)

Observation d'un malade atteint 10 mois après une typhoïde d'un gonflement aïgu de la paroi inférieure de la cuisse; on reconnaît une ostéomyélite difficile à qualifier; le professeur Auché arrive à déceler le bacille typhique. A ce propos fait une révision des ostéomyélites post-typhiques apparues longtemps après la maladie causale.

La Phlébite gauche consécutive à l'Appendicectomie à froid

Travail original publié dans le Journal de médecine de Bordeaux
(6 fevrier 1910)
(à propos de 3 observations de ce genre)

Parmi les complications à distance de l'appendicite, la phlébite des membres inférieurs est peut-être une des moins banales en ce sens que, si elle est loin d'être rare, on ne la rencontre pas toujours du côté où

tout naturellement on pense la trouver, c'est-à-dire au niveau du membre inférieur droit; c'est bien au contraire le membre inférieur gauche qu'elle vient de préférence et le plus souvent frapper.

C'est évidemment le côté pathogénique de ces phlébites qui les rend intéressantes; les interprétations ne leur ont d'ailleurs pas manqué; Villar et Vignard ont cherché dans les connexions anatomiques la cause de la localisation gauche de la phlébite et ont pensé notamment que les altérations inflammatoires de la veine mésentérique inférieure pourraient peut-être produire, par contiguïté avec la veine iliaque gauche une thrombose de celle-ci, alors que l'inflammation appendiculaire se serait propagée au côlon pelvien; ils ont renoncé à cette hypothèse étant donnée l'absence habituelle de lésions de cette partie du gros intestin dans les observations et aussi parce que la phlébite gauche n'est pas ordinairement signalée dans les sigmoïdites où elle devrait se rencontrer d'une façon élective.

Dans une seconde hypothèse, on a attribué la complication phlébitique gauche à la manifestation secondaire d'une infection primitive de tout l'organisme dont l'appendicite ne serait elle-même qu'un des accidents; c'est la théorie de Jalaguier, de Tripier et Paviot, émise dans la « Semaine médicale » de 1899.

L'appendicite, pour eux, est une maladie infectieuse générale d'emblée. Les faits de phlébite rapportés viendraient, suivant leur opinion, ajouter une manifestation de plus de l'infection générale de l'organisme aux lésions appendiculaires.

On n'admet guère aujourd'hui cette opinion.

Dieulafé, pour expliquer l'apparition à gauche d'une phlébite à la suite d'une intervention aseptique pour une lésion siégeant à droite, pense qu'il faut en voir la cause dans ce fait que les opérés, en raison

du siège de la plaie opératoire immobilisent leur membre inférieur droit, tandis qu'ils continuent à remuer le gauche; ainsi ce dernier se trouverait plus disposé par une circulation forcément plus intense à faire de la phlébite. Cette cause peut évidemment entrer en jeu, elle n'est pas invraisemblable, mais doit sans aucun doute passer au second plan.

Il ne reste donc qu'une seule hypothèse; celle de l'infection métastatique pour les membres inférieurs et pour le membre inférieur gauche en particulier? A ce point de vue, la phlébite de cause appendiculaire ne diffère pas des phlébites de cause générale; on sait que tous les traités mentionnent la fréquence de localisatiou à gauche, et qu'ils se sont appliqués à en donner des explications : longueur plus grande du trajet suivi par le sang veineux à gauche, par suite de l'obliquité de la veine iliaque primitive gauche, croisement de cette veine par les vaisseaux artériels, circulation veineuse anormalement ralentie, etc., etc.

A l'occasion de ces trois observations, un second poiut nous semble devoir être retenu : uous voulons parler non pas de la phlébite en elle-même, qui a eu là, comme dans toute autre circonstance, sa longue durée habituelle, mais de la béniguité relative de sa cause, de l'appendicite originelle et de la simplicité de l'acte opératoire qui l'a suivie sans conséquence ultérieure, sans suppuration de la paroi, sans plastron abdominal.

On sait d'ailleurs que, conformément à l'opinion de Roux (de Lausanne) la phlébite survient après l'opération à froid, c'est-à-dire en dehors de tout accident septique palpable, aussi bien qu'au cours d'abcès aigus.

Dieulafé et Broca, se sont arrêtés sur les phlébites cousécutives aux appendicectomies à froid et pour eux, elles sont consécutives à un état infectieux; cet état infectieux peut, à leur avis, avoir son point de

départ dans la plaie opératoire, qui conserve l'apparence d'une plaie aseptique.

En ce qui concerne nos trois malades, cet état infectieux appréciable et léger chez l'une, nous a paru chez les deux autres très atténué puisque l'on n'a même pas pu en retrouver les traces; il n'en a pas moins existé sans aucun doute quelque part; en tout cas, on relève dans ces observations l'histoire d'appendicites banales sans abcès soit iliaque droit, soit iliaque gauche; l'intervention a donné des appendices assez volumineux, nettement malades, enflammés, mais sans suppuration voisine; la cicatrisation s'effectuée *per primam*, sans la moindre manifestation inflammatoire; et si ce n'était la veuue de cette complication phlébitique, les sujets auraient guéri dans le minimum de temps.

La simplicité de cette classique évolution clinique était à signaler, car si nous nous en rapportons au mémoire de Villar et Vignard, nous constatons que les auteurs attribuent à l'apparition de la phlébite de l'importance pronostique; ils pensent que les phéblites donnent à l'appendicite un caractère de gravité relevant probablement de l'intoxication générale de l'individu; et, de fait, leurs observations ont trait à des malades qui ont présenté une fièvre très elevée, des accidents emboliques de l'artère pulmonaire de la plus haute gravité, une pleurésie interlobaire, de l'insuffisance rénale, un état typhoïde très inquiètant, etc.

Le pronostic qu'ils nous donnent est donc plus sombre et en tout cas plus réservé. Nous tenions à montrer qu'il n'en est pas toujours de même et que dans l'appendicite les manifestations phlébitiques ne font pas nécessairement partie du cortége symptomatique de ces cas graves et compliqués. Mais quant à leur siège presque électif à gauche, que nous avons surtout en vue, dans cette étude, il nous semble difficile d'en donner une interprétation pathogénique précise.

Traitement des Ulcères variqueux par la méthode de Moreschi modifiée

Avec Bardon, Journal de medecine (4 mai 1912)

A propos des trois observations personnelles et des trois résultats vraiment excellents, nous avons repris l'étude et l application des différents procédés genre Moreschi, Delbet, etc., et pouvons conclure qu'ils ont quelques indications intéressantes en tant qu'opération courte, faciles pouvant être pratiquée à l'aide de l'anesthésie locale et chez des vieillards ou tarés que le traitement médical n'a pu aucunement améliorer.

Ostéo-sarcome de l'Humérus

Avec Lefèvre, Société d'anatomie Bordeaux (1906)

Divers

Phlegmon ligneux

Avec Desqueyroux, Société d'anatomie de Bordeaux (15 juillet 1907)

Angiome de la Région mammaire

Avec le Professeur agrégé Rocher, Société d'anatomie (26 janvier 1907)

Fibro-sarcome Hemophilie

Avec Mauriac, Société d'anatomie Bordeaux (29 avril 1907)

Intervention chirurgicale pour un petit fibro-sarcome pédiculé : accidents hémorragiques graves d'origine hemophilique, hémorragies arrêtées uniquement par les iujections de sérum de cheval.

Analyse critique du livre de Patel (la Chirurgie journalière)

Journal de médecine Bordeaux (avril 1912)

Athérome artériel très avancé

Société d'anatomie de Bordeaux (8 février 1904)

Les fémorales des deux côtes étaient presque complètement oblitérées au point qu une fine aiguille put à peine les cathétériser et, malgré cela, pas de troubles circulatoires ni trophiques du côté des membres inférieurs.

Hémorragie méningée

Societe d'anatomie Bordeaux (1904)

Traumatisme, coup de pied d'âne. L'hémiplégie siègeait du côté opposé à l'hématome dure-mérien ; or, jusqu'à présent, on a remarqué que les phénomènes paralytiques avaient leur siège surtout du côté correspondant à la lésion et cela sans que l'on put en donner l'explication.

Luxation et Fracture de la sixième Vertèbre cervicale

Avec le Docteur Leuret, Société d'anatomie (juillet 1901)

Il s'agit d'une fracture par flexion forcée avec luxation et, chose intéressante, il n'y avait pas, malgré cela, de troubles de compression.

TABLE DES MATIÈRES